Über einen

Fall von graviditas extramembranacea.

Inaugural-Dissertation

verfasst und der

Hohen medizinischen Fakultät

der

Kgl. Bayer. Julius - Maximilians - Universität Würzburg

zur

Erlangung der Doktorwürde

vorgelegt von

Otto Buttron

aus

Brauerschwend.

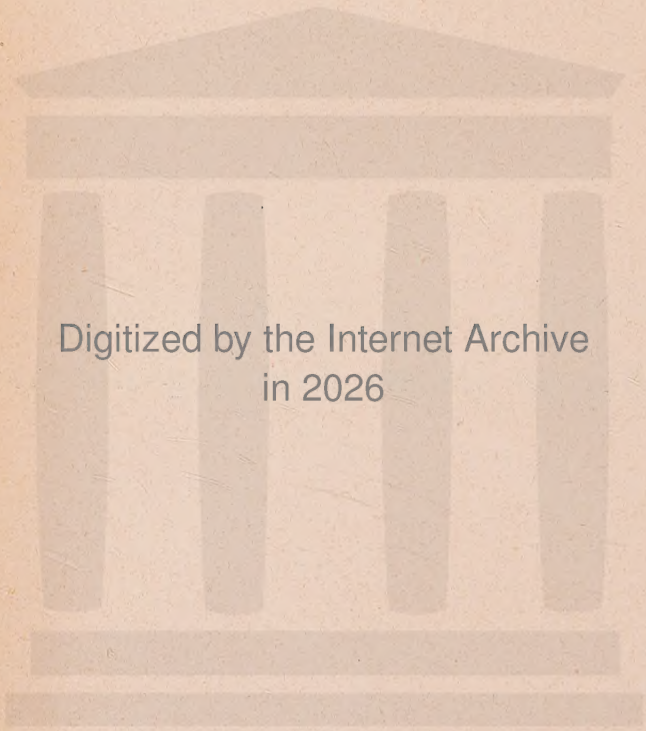
ACAD. LUGD. BAT. BIBL.

Würzburg.
C. J. Beckers Universitäts-Buchdruckerei.
1912.

Gedruckt mit Genehmigung der medizinischen Fakultät der Universität Würzburg.

Referent: Herr **Prof. Dr. Hofmeier.**

Meinen lieben Eltern gewidmet.


Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41549801_0061

Unter der Bezeichnung graviditas extramembranacea ist in den letzten Jahren von den Franzosen eine bisher unbekannte Anomalie in die Pathologie der Eihäute eingeführt worden. Man versteht hierunter eine Schwangerschaft, bei der die Frucht ausserhalb der Eihäute liegt, aber derart, dass trotz Ruptur derselben die Schwangerschaft nicht unterbrochen wird, sondern erhalten bleibt. Im speziellen jedoch spricht man von graviditas extramembranacea, wenn nach dem Blasensprung der foetus aus der Rupterstelle austritt und ohne Eihauthülle, in der Uterus Höhle, frei liegend, weiter wächst.

Das einzige charakteristische klinische Symptom der Eihautberstung ist die Hydrorrhoe.

Über die Ursachen wässriger Abgänge während der Gravidität waren die Ansichten lange Zeit geteilt. Man hatte zuerst überhaupt keine bestimmte Vorstellung des Wasserabganges.

Erst nachdem *Schröder, Hennig* u. a. nähere Untersuchungen angestellt hatten, hielt man die endometritis decidualis als einzige Ursache der Hydrorrhoe. Man deutete den Wasserabgang als Folge einer entzündlichen Flüssigkeitsansammlung zwischen decidua vera und capsularis. Reflexa und decidua legen sich dann wieder aneinander bis eine Neuansammlung des Sekretes zu einer Wiederholung des

ganzen Vorganges führt, bis endlich die Schwangerschaft ihr vorzeitiges Ende erreicht.

So die Ansicht der deutschen Autoren. Wenn man auch unbedingt zugeben muss, dass auf Grund ihrer einwandfreien Untersuchungen die entzündliche Affektion der decidua in aetiologischer Hinsicht als bewiesen gilt, so wissen wir doch andererseits, dass man mit dieser Erklärung der Hydrorrhoe nicht in allen Fällen auskommt.

Namentlich französische Autoren sind es gewesen, die die Untersuchungen auf diesem Gebiete in ätiologisch andere Bahnen gelenkt haben. Sie lehrten: Das abfliessende Wasser ist nicht ausschliesslich das Produkt einer Endometritis, sondern sehr oft Fruchtwasser, das sich nach vorzeitigem Blasensprung entleert.

Lange Zeit verhielt sich die deutsche Schule dieser neuen Ansicht gegenüber sehr skeptisch. Denn sie hielt es für unmöglich, dass ein Blasensprung erfolgen könne, ohne dass es darnach sehr bald zur Ausstossung der Frucht käme. Die französischen Ärzte jedoch liessen sich in ihrer Ansicht nicht irre machen und hielten fest daran, dass ein vorzeitiger Blasensprung nicht unbedingt wehenerregend wirken müsse. In den Versammlungen der société d' obstétrique de Paris wurde gerade in den letzten Jahren über dieses Thema sehr eifrig diskutiert und die amniale Hydrorrhoe an unzweideutigen Präparaten sicher erwiesen.

Mauriceau ist der erste französische Arzt, der über Verletzungen der Eihäute mit Fruchtwasserab-

fluss ohne Unterbrechung der Schwangerschaft berichtet.

Andere derartige Fälle berichten *Stapfel, Lachapelle* u. a.

Im Jahre 1893 fand *Bar* an der Nachgeburt einer Frau, die an Hydrorrhoe gelitten hatte, ziemlich weit von einem Eihautrisse, der unter der Geburt erfolgt war, eine kleine, „wie mit einem Lochbohrer herausgeschittene Öffnung" in den Eihäuten. Er hat damit als erster eine in der Schwangerschaft bestehende Hydrorrhoe unwiderleglich als Folge einer Eihautverletzung nachgewiesen.

Eine graviditas extremembranacea hat zum ersten Male *Tarnier* 1895 beobachtet.

Es handelt sich um eine 34 jähr., IV p., die sich 86 Tage vor der Geburt, im 5. Monat der Gravidität, beim Verstellen eines Bettes eine Hutnadel in Bauch und uterus gestochen hat. Die Nadel wurde nach einer Incision in die Haut gefasst und herausgezogen.

12 Tage darnach verlor die Frau durch die Scheide plötzlich Wasser und nach ca. 3 Wochen ging auch beständig blutig gefärbte Flüssigkeit ab. Dieser Zustand hielt bis zur Frühgeburt an, die am Ende des VII. Monats der Gravidität erfolgte, 83 Tage nach Ruptur der Eihäute.

Die Frau gebar ein lebendes Kind in Schädellage, das aber nach 4 Stunden an angeborener Lebensschwäche zu Grund ging.

Vor der Geburt ist kein Fruchtwasser abgegangen, wohl aber kam nach der Geburt eine stinkende Jauche zum Vorschein. Die Placenta hatte ein Gewicht von 260 g, zeigte starke margo Bildung rings um den Ansatz der Eihäute.

Die Eihauthöhle selbst zeigt eine 3,5 cm im Durchmesser messende Öffnung, deren Ränder sich, wie auch der Eisack verdickt und derb anfühlen.

Einen 2. Fall hat *Bar* beobachtet (Sur quelques conséquences de la rupture des membranes pendant la grosesse im Bull. d. Soc. a'obst. de Paris 1898.)

Hier handelt es sich um eine 37 jähr., X p., die schon verschiedene Frühgeburten und 1 Abort durchgemacht hat. Jetzt ist sie wieder schwanger und steht im 7. Monat.

2 Monate a. p. hatte sie eine leichte Blutung, die bis zur Geburt angedauert hat. Zwei Mal war dem Blute ziemlich viel Wasser beigemischt, zum 1. Mal 28 Tage a. p.

Die Frau glaubte, dass durch das Heben einer Last die Hydrorrhoe veranlasst worden sei.

Ohne Vorhandensein besonderer Wehen, wird das Kind in Steisslage geboren, stirbt aber unter der Geburt ab. Die Nachgeburt geht spontan ab, wiegt 380 g, und zeigt starke margo Bildung.

Etwa in der Mitte zeigte sich ein grosser Eihautriss, an dessen Rand Chorion und Amnion verwachsen sind.

Ein Jahr später berichtet *Maygrier* über folgenden Fall (sur la rupture des membranes pendant la grosesse im Bull. d. Sac. d'obst de Paris.)

Die Pat. war eine 24 jähr. III p., deren frühere Geburten normal verlaufen waren.

50 Tage vor der Geburt plötzlicher Wasserabfluss, ohne dass irgendwie ein Trauma vorausgegangen ist.

Es erfolgte eine beträchtliche Blutung, dann wieder nur Wasserverlust und zuletzt Abgang von rötlichem Wasser, das nach Fruchtwasser riecht.

Das Kind wird in Steisslage geboren, ist scheintot und stirbt nach 24 Stunden.

Die placenta wiegt 540 g, und zeigt einen margo von 3 cm Breite. Die uterin Seite der Placenta ist ödematös, die Cotyledonen dick und durch mehrere Furchen geschieden.

Die Eihäute zeigen eine Öffnung im Umfang von 28 cm. Chorion und Amnion sind nicht verwachsen, sondern überall leicht zu trennen, mit Ausnahme der Randöffnung, wo sie fest mit einander verwachsen sind.

Der Eisack, der vollständig ist, fasst 450 ccm.

In der gleichen Versammlung, in der *Maygrier* seinen Fall vortrug, berichtet *Dubrisay* über folgenden Fall:

Eine 29 jähr., III. p., bemerkte zuerst 160 Tage a. p. Abgang von Wasser mit etwas Blut vermischt. Dann Wasserabgang von täglich ca. 80 ccm mit etwas Blut. Der Gesamtverlust wurde auf 800 ccm berechnet.

Im VIII. Monat wird dann ein scheintotes am Leben bleibendes Kind geboren.

Die Placenta wiegt 285 g, zeigt eine margo Bildung von 3 — 4 ccm und zeigt starke Lappung.

Der Eisack ist 7 cm in Durchmesser. Die Eihäute sind ca. 5 cm lang und dünn. Chorion und Amnion sind fest miteinander verwachsen.

In demselben Jahre beobachtete *Glaize* folgenden Fall:

26 jährige Frau, III p., Geburten spontan. Letzter partus Abort im 3. Monat. 7 Wochen lang vor der Geburt verlor sie beständig stark blutig gefärbtes Wasser. In Schädellage wird ein lebendes Mädchen geboren, das 1250 g wiegt, und mit Esel- und Frauenmilch aufgezogen wird.

Die placenta zeigt ringsum einen 2 — 3 cm breiten margo.

Die Eihäute waren vollständig, zeigten eine weite Öffnung und waren geschrumpft. Der Eihautsack war sehr klein.

Nun wurden auch einige Beobachtungen in Deutschland veröffentlicht.

Stoeckel veröffentlicht im Centralblatt für Gynäkologie folgenden Fall:

II p. Im 3. Monat der Gravidität trat eine ziemlich reichliche Blutung auf, die allmählich wieder aufhörte. Dann folge ein wässriger Abgang, dann wieder Blutung nnd so abwechselnd fort bis zur Geburt, meist aber viel Wasser und wenig Blut.

Zu Beginn der Geburt, die im VII. Monat war, trat eine heftige Blutung ein, die aber bald wieder aufhörte.

Es wird ein frischtotes, gut entwickeltes Kind in Steisslage geboren.

Die Plarenta hatte eine Grösse von 14×11×4 cm und zeigte an einer Seite starke margo Bildung.

Eihäute sind nicht dehnbar, sind anscheinend geschrumpft. Die Eihauttasche ist klein, fasst ca. 100 ccm, Eihautriss gross, 20 cm Umfang. Die Eihauträndер fühlen sich verdickt an. Amnion und Chorion sind am Eihautrand verlötet.

Bonnarie und *Maury* berichten über eine 22. jähr. V p., die von Beginn der Gravidität an Abgang bald von reinem, bald von wässrigem Blut hatte, das auf der Unterlage rötliche Flecke mit dunklerem Rande machte.

Im 5. Monat der Gravidität wurde ein lebendes Kind in Steisslage geboren, das bald nach der Geburt stirbt.

Die placenta hatte ein Gewicht von 230 g, zeigte einen breiten margo, bedeckt mit verdickter durchbluteter decidua. Die Eihauttasche fasst kaum den fötalen Kopf.

Im Jahre 1901 berichtet *Dubrisay* über einen 2. von ihm beobachteten Fall. (Bull. d. I. Soc. d'obst. de Paris.)

Es handelt sich um eine 28 jähr., V p., die im Anfang. des 3. Monats der Gravidität von der Treppe gefallen ist. Daraufhin trat einige Tage später eine leichte Blutung ein, die auf Opium, Bettruhe und Spülungen stand. Kurz darauf abermals Blutung mit Wasserverlust beständig bis zur Geburt. Es vergingen also von der ersten Blutung 125 Tage, vom ersten Wasserverlust 96 Tage bis zur Geburt, die im 6. Monat erfolgte.

Eine Blase stellte sich nicht. Das Kind stirbt während der Austreibungsperiode ab.

Die Placenta hat ein Gewicht von 400 g, die Eihöhle fasst 200 g. Am Rand des Eihautrisses sind die Eihäute fest miteinander verwachsen.

Im Zentralblatt für Gynäkologie 1901 veröffentlicht *Reifferscheid* folgenden Fall:

Eine 38 jähr., pluripara, hatte vom 3. Monat der Gravidität an, etwa $3\,^1/_2$ Monate a. partum wässrige Abgänge.

Im 7. Monat der Gravidität wurde ein frischtoter foetus geboren, der dem Anfang des 7. Monats entsprach.

Die Placenta hatte ein Gewicht von 350 g, misst $13 \times 9 \times 5.5$, hat einen margo von 1 — 5 cm Breite.

Die Eihäute sind nicht verdickt, etwas geschrumpft und wenig dehnbar.

Die Eihöhle fässt 120 ccm, während der foetus 840 ccm verdrängt.

In der Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynäkologie berichtet *Holzapfel* 1904 über folgenden Fall:

Es handelt sich um eine 34 jähr. V p., die V Geburten, darunter 1 Abort durchgemacht hat.

Ohne dass ein Trauma nachgewiesen werden konnte, trat 140 Tage a. partum eine starke Blutung auf und später blutig wässeriger Abgang.

Die Geburt verlief schnell und in Steisslage, jedoch stirbt das Kind sehr bald nach der Geburt.

Die Placenta, deren Masse $15 \times 11{,}4$ ccm sind, zeigt ringsum einen breiten margo von 1.1 — 3.1 cm. Eihauttasche am Grunde 11.3×9.1 cm, an der Öffnung 7.5×6.8 cm.

Chorion und Amnion waren verwachsen und geschrumpft.

Im Jahre 1902 berichten *Cathala, Perret* und *Fleck* über 3 weitere Fälle:

Im Falle *Cathala* handelt es sich um eine 22 jähr., I p., die plötzlich 97 Tage a. partum einen blutig wässerigen Abgang aus der Scheide hatte. Später trat Blutung in Stücken auf, nach einer Pause wieder blutiger Abgang.

Irgend ein Trauma hat nicht stattgefunden.

Ende des VI. Monats der Gravidität wird spontan in Fusslage ein lebender Knabe geboren, der aber bald darnach stirbt.

Die placenta wiegt 210 g, hat einen halbmondförmigen margo bis 3 cm breit. Umfang der placenta 30 cm, des Eihautansatzes 22 cm. Die Tasche fasst ca. 100 ccm, während der foetus 350 ccm verdrängt.

Perret berichtet über eine 26 jährige I p., die 125 Tage a. p., ohne dass ein Grund angegeben werden konnte, einen plötzlichen Wasserabgang hatte. Ein Paar Tage später trat dann eine Blutung ein, dann blutig wässriger und endlich wieder rein wässeriger Abgang.

Mitte des VII. Monats wird ein Kind in Steisslage geboren, das am Leben bleibt.

Die placenta hat ein Gewicht von 400 g, ferner einen 3 — 4 cm breiten margo. Die Eihauttasche fasste höchstens einen foetus von 3 Monaten.

Fleck teilt folgenden Fall mit:

Eine 30 jähr., VI p., wurde etwa $3^1/_4$ — 4 Monate a. partum von einem wässrig- blutigen Ausfluss aus

der Scheide überrascht. Der Abgang war zuerst rein wässrig, später teilweise mit sehr viel Blut vermischt.

Im VIII. Monat der Gravidität wird ein lebendes Kind geboren. Die Streckungsfähigkeit der Gliedmassen blieb unvollkommen.

Die placenta zeigte einen 1 — 3 cm breiten margo.

Die Eihäute bilden ein ca. 1 cm hohes ringförmiges Band.

Aus diesen 14 Fällen lässt sich folgendes herauslesen:

Nur 2 mal betraf die Anomalie Erstgebärende, die Übrigen waren Vielgebärende.

Die Blase sprang in der ersten Hälfte der Schwangerschaft, meist im 3 — 4. Monat, 1 mal im 1. Monat, ausgenommen den Fall *Maygrier*, in dem der Blasensprung erst mit $6\,^1/_6$ Monaten erfolgte.

Vom Blasensprung bis zur Geburt vergingen 50 — 120 Tage.

Nur im Falle *Tarnier* war eine einwandfreie Ursache der Blasenöffnung vorhanden: die Gravida hatte sich eine Hutnadel in den Leib gestossen.

Kontinuierliche Hydrorrhoe bestand meist von Anfang an, nur einige Male floss das Wasser zunächst in Schüben ab. Das abfliessende Wasser war in der Regel, wenigstens zeitweise blutig gefärbt. Nur in 2 Fällen war es nie blutig. Die Hydrorrhoe wurde einige Male durch Abgang von reinem Blut unterbrochen, oder es ging tage- und wochenlang Blutabgang voraus. *Stoeckel* glaubt daher einen tiefen

Sitz der placenta annehmen zu müssen. Aber in keinem Falle lag die Blasenöffnung am placentar-Rand. Schädellage bestand nur in 2 Fällen, das Kind kam sonst immer in Beckenendlage zur Geburt.

Mit Zwillingsschwangerschaft war die graviditas extramembranacea nie kombiniert.

Die Kinder waren alle so entwickelt, wie es der Zeit der Gravidität entsprach. Nur 1 mal starb die Frucht vor, 3 mal unter der Geburt ab. 2 Kinder kamen scheintot zur Welt. In einem Falle zeigte das Kind Verkrüppelung.

Die Nachgeburt war meist gross im Verhältnis zum Kind. In allen Fällen bestand ein breiter margo.

In allen Fällen war ferner der Eisack zu klein, als dass die Frucht darin genügend Platz gefunden hätte.

Der foetus verdrängte in der Regel die 3 — 4 fache Wassermenge, welche in der Eihöhle, falls eine solche vorhanden war, Platz fand.

Die Eihäute waren, wenn Angaben darüber gemacht wurden, dick, derb und geschrumpft und an den Rändern verwachsen. In einem Falle waren sie in ihrer ganzen Ausdehnung nicht von einander zu trennen.

Diesen mehr oder weniger genau beschriebenen Fällen kann ich eine weitere Beobachtung anreichen, die sich vor den bis jetzt bekannten Fällen dadurch auszeichnet, dass die gravidita extramembranacea mit Zwillingsschwangerschaft gepaart ist.

Die Anamnese ist folgende:

Tag der Aufnahme: 9. X. 1910. Geburts-Nr. 718.

Frau Maria B., Fabrikarbeiterin, will bisher stets gesund gewesen sein und keine schweren Krankheiten durchgemacht haben.

Erste Periode mit 18 Jahren, regelmässig, 4 wöchentlich, ohne Beschwerden. Letzte Periode vom 3. — 10. März 1910.

Sie hat 11 Schwangerschaften durchgemacht, die Geburten verliefen normal, bei der zweiten eine Zwillingsschwangerschaft.

In der Familie ist sonst keine mehrfache Schwangerschaft beobachtet worden.

Die Pat. gibt an am 11. Juni 1910 auf die rechte Seite heftig auf das Strassenpflaster gefallen zu sein. Sie hatte damals die Empfindung, dass ihr „etwas im Leibe geplatzt sei."

Geblutet hat es zunächst nicht, doch soll 9 Tage später Blut und Wasser abgegangen sein. Der Abgang einer blutig- wässrigen Flüssigkeit hat bis zum 9. X. angehalten.

Pat. war wegen der blutig- wässrigen Abgänge längere Zeit in Behandlung ihres Hausarztes und lag auch zwecks Beobachtung vom 9. — 10. September 1910 in der hiesigen Klinik.

Da aber die wässerigen Abgänge fortbestanden und noch wehenartige Schmerzen auftraten, hat Pat. am 8. Oktober die Klinik wieder aufgesucht.

Status praesens:

a) Allgemeinstatus: Mittelgrosse, gesund aussehende Person, ohne Oedeme und stärkere Varicen.

b) Brüste: starke Hängebrüste, Warzenhof pigmentiert, Warze prominent, gut fassbar, auf Druck colostrum.

c) Becken:

dist. spir. 27.0
„ crist. 29.5
conj. est. 18.0

Aussere Untersuchung.

a) Inspection: Der Leib ist kugelig aufgetrieben, linea alba nicht pigmentiert, viele alte und frische striae, der Nabel ist verstrichen.

b) Mensuration: Umfang 96 cm. Entfernung der Symphyse zum Nabel 19 cm, vom Nabel bis zum Schwertfortsatz 17 cm.

c) Palpation: Im fundus ist der Steiss zu fühlen, der Rücken links, kleine Teile rechts.

d) Auskultation: Man hört deutlich links unterhalb des Nabels Herztöne.

Innere Untersuchung am 9. X.

Introitus, Vagina } weit.

portio vaginalis: fast verstrichen, äusserer Muttermund: 3 M. Stück gross. canalis cervicalis: verstrichen.

Vorliegender Teil: Kopf, beweglich auf dem Beckeneingang.

Pfeilnaht quer, kleine Fontanelle links.

Blase steht und wölbt sich noch vor.

Es wurde auf Grund dieses Befundes eine 2. Schädellage am Ende des VIII. Monats diagnosticiert.

Der weitere Geburtsverlauf war folgender:

Nachdem am 9. X. 5^{45} Nchm. die ersten Wehen eingesetzt hatten, wurde das I. Kind 11 Uhr Nachts nach Einsetzen einiger kräftiger Wehen überraschend schnell geboren, ohne dass vorher die Blase gesprungen war. Das Kind lag in den Eihüllen.

Nach Sprengen der Blase präsentiert sich ein frühreifer lebender Knabe.

Ohne dass ein weiterer Blasensprung, noch ein Abgang von Blut oder Fruchtwasser beobachtet wird, erscheint in der Schamspalte ein weiteres Füsschen, an welchem ein etwas kleineres lebendes Mädchen extrahiert wird.

Die hierzu gehörige placenta von der ersten offenbar völlig getrennt sitzend, wird $1\,^1/_4$ Stunde später geboren.

Beide placenten sind vollständig. Ebenso die Eihäute.

Fruchtbefund:

Gewicht des I. Kindes: 1000 g
„ „ II. „ 800 g
Beide Kinder sind 34 cm lang.

Kopfmasse:

		I. Kind	II. Kind
Umfang:		26	23.5
Durchmesser:			
gerader		8	7
querer	gr.	7	6
	kl.	5.5	5
schräger	gr.	10	$8^3/_4$
	kl.	8	7

Placenta:

Die zum ersten Kind gehörende Placenta hat eine Grösse von 13:14 cm, die zum zweiten 12:11 cm. Die erste wiegt 250 g, die zweite 200 g.

Etwa in der Mitte der 2. Placenta erhebt sich eine kleine rundliche Eihauttasche, deren Längs- und Querdurchmesser auf der placenta $6^1/_2$ und $7^1/_2$ cm beträgt.

Der Rand der Tasche ist wallartig aufgeworfen, fühlt sich verdickt an und hat am gehärteten Präparate einen Umfang von $15^3/_4$ cm. Andere Perforationsöffnungen finden sich nicht.

Eine einfache Überlegung zeigt das stark auffallende Missverhältnis zwischen Eihöhle und Grösse der Frucht. Dazu kommt noch, dass die Eihauttasche nur 30 — 40 ccm Wasser fasst, der foetus aber viel mehr Wasser verdrängt, also unmöglich in dieser kleinen Höhle bis zum Ende der Geburt gelegen haben kann. Die Eihäute haben ferner ihre Elasticität und Dehnbarkeit verloren, sind am Rande fest mit einander verwachsen und geben einem spannenden Zuge absolut nicht nach.

Unterzieht man unsere Beobachtung einer kritischen Betrachtung, so kommt man zu folgendem Ergebnis:

Es ist wohl nicht anzunehmen, dass durch das im 3. Monat der Gravidität entstandene Trauma eine Ruptur beider Eihäute eingetreten ist. Denn in diesem Falle wären sofort oder doch bald darnach blutig-wässerige Abgänge aufgetreten.

Jedenfalls ist zunächst eine Schädigung des Chorion laeve eingetreten. Es hat sich dann an einzelnen Stellen abgehoben und ist in der Ernährung geschädigt worden. Später ist dann durch Innendruck auf die um eine Hülle geschwächte Schicht das Chorion mit dem Amnion rupturiert.

Als prädisponierendes Moment der Eihautberstung glaubt *Holzapfel* eine endometritis decidualis verantwortlich machen zu müssen. Denn man weiss aus der Geschichte der Fruchtabtreibungen, dass ohne Veranlassung bei gesundem Ei und Eihalter ein Zerreissen von Eihüllen nicht gut möglich ist. Wohl aber ist bekannt, dass ein Trauma genügt, wenn eine endometritis decidualis besteht.

In unserem Falle handelt es sich um eine XI p., also um eine Frau, bei der wohl eine endometritis decidualis bestanden haben kann. Es ist daher wohl möglich, dass diese die Ursache der Eihautruptur war und dass ferner eine Verbindung von decidualer und amnialer Hydrorrhoe bestanden hat.

Die Tatsache, dass die Gebärmutter nach vollständigem Fruchtwasserabfluss das Ei nicht ausstiess, sondern weiter in sich duldete ist nicht so auffallend, wie es auf den ersten Blick erscheint.

Neugebauer betont in einem 1899 im Zentralblatt für Gynäkologie erschienenen Artikel, dass das Leben oder Absterben der Frucht nicht von der Intaktheit der Eihäute, sondern von der weiteren Ernährung durch die Nabelschnur und placenta abhängt.

Die tägliche Beobachtung lehrt, dass durch die Wehentätigkeit nach erfolgtem Wasserabfluss das Kind infolge der gefässkomprimierenden Wirkung in Gefahr gerät. Sie ist eben für gewöhnlich die Ursache des frühzeitigen Blasensprunges und Wasserabflusses; die Gefahr des Wasserabflusses ist auf der anderen Seite eine geringe, wenn die Läsion der Eihäute aus anderen Ursachen erfolgt, wenn kein mechanisches Moment den inneren Muttermund zur Erweiterung zwingt, wenn vor allem damit keine Druckveränderung und Zirkulationsstörung in den uterinen Gefässen verbunden ist.

Der eben von mir beschriebene Fall beweist diese Tatsache in überzeugender Weise auf's Neue.

Am Schluss dieser Dissertation möchte ich nicht verfehlen Herrn Geh. Rat **Prof. Dr. Hofmeier** für die liebenswürdige Überlassung des Themas meinen verbindlichsten Dank auszusprechen.

Literatur.

1. E. v. Winckel, Handbuch der Geburtshilfe.
2. Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkol. Jahrgang 1904.
3. Centralblatt für Gynäkologie Nr. 31, 1899 Nr. 45, 1894 Nr. 5.
4. Hegar, Beiträge, Band VIII.

Lebenslauf.

Ich Otto Buttron, Grossherzoglich Hessischer Staatsangehörigkeit, bin geboren am 12. Juni 1886 als Sohn des Pfarrers Otto Buttron in Brauerschwend und wohne zur Zeit in Limburg.

Nach Besuch der Gymnasien zu Darmstadt und Laubach, erwarb ich mir an Ostern 1906 das Reifezeugnis am Gymnasium zu Laubach.

Hierauf besuchte ich die Universitäten Giessen 5, Berlin 1 und Würzburg 5 Semester. Meiner Militärpflicht mit der Waffe leistete ich im W. H. 1908/09 bei dem 2. Grossh. Hess. Feldart. Reg. Nr. 61 genüge.

Die ärztliche Prüfung habe ich an der Universität Würzburg am 24. Februar 1912 abgelegt. Seit dem war ich als Medicinalpraktikant an der Kgl. Univ. Frauenklinik in Würzburg und bin jetzt am St. Vincenz-Hospital in Limburg a. d. L. als Medicinalpraktikant taetig.

Vorstehende Dissertation habe ich unter Leitung des Herrn Geh. Rat Prof. Dr. Hofmeier verfasst.